



**Petición para Considerar Borrar Su Nombre del Registro Central de Servicios de Protección de Adultos y Menores**

Si usted desea que se considere retirar o borrar su nombre del Registro Central de Servicios de Protección de Adultos y Menores, haga favor de proporcionar la información requerida.

**Su Nombre Completo (en letra de molde, por favor).**

---

**Su fecha de nacimiento y número de Seguro Social.**

---

**Otros nombres anteriormente usados así como apellidos de casado, nombres de pila y apodos. Haga favor de escribir en letra de molde.**

---

---

---

---

**Nombres y fechas de nacimiento de sus hijos y menores que han vivido con usted. Haga favor de escribir en letra de molde.**

---

---

---

---

---

**Cualquier dirección en la cual usted ha vivido durante los últimos 20 años.**

---

---

---

---

Si recuerda la situación, usted puede aportar su versión por escrito del incidente. Si usted ha completado cualquier tipo o programa para corregir el problema, tal como terapia, tratamiento para las drogas y/o alcohol, clases de crianza, etcétera, tal vez usted vaya a querer incluir algún comprobante de la finalización de aquellos programas.

Envíe su petición a:

Nebraska Department of Health and Human Services  
Children and Family Services  
Attn: Expungement Request  
P.O. Box 95026  
Lincoln, NE 68509-5026